

# Consent to disclose medical information

## Consentement à la divulgation d'informations médicales

### Purpose of this form

This form is used to confirm that you consent to your treating health professionals and/or health providers disclosing relevant information about your disability or medical conditions to the Australian Government Department of Human Services (the department), or assessors engaged by the department.

If more information is needed to assess your eligibility for Disability Support Pension (DSP) or employment services, the department or assessors engaged by the department may contact your treating health professionals and/or health providers to confirm or clarify information you provide about your disability or medical conditions.

This may include contact with any health professionals (including your treating doctor) and/or health providers who have examined, diagnosed or treated your disability or medical conditions which are relevant to your eligibility for DSP or employment services.

Your treating health professionals and/or health providers may be asked to disclose any medical information relevant to assessing your eligibility for DSP or employment services. This includes medical and specialist reports, clinical notes, medical records or other information, and any barriers that may affect your ability to work or participate in employment services or other assistance programmes.

Your treating health professionals and/or health providers may ask for confirmation that you have consented for them to disclose your medical information to the department or assessors engaged by the department.

You can complete the Consent to disclose medical information statement on this form to provide your consent, and the department will show this to your treating health professionals and/or health providers if requested.

You can withdraw your consent at any time by advising the department. However, if your treating health professionals or health providers do not disclose relevant medical information when requested, the department may not have enough information to assess your eligibility for DSP or employment services. This may result in your claim being rejected or your payment being stopped.

### Objectif de ce formulaire

Ce formulaire permet de confirmer que vous consentez à ce que les professionnels de la santé et/ou prestataires de santé impliqués dans votre traitement divulguent des informations pertinentes sur votre handicap ou votre maladie à l'Australian Government Department of Human Services (ministère australien des Services à la personne, ci-après « le Ministère ») ou aux assesseurs mandatés par le Ministère.

Si des informations complémentaires s'avèrent nécessaires pour évaluer votre droit à la Disability Support Pension (DSP) (pension d'invalidité) ou aux Employment Services (services à l'emploi), le Ministère ou les assesseurs mandatés par le Ministère pourront contacter les professionnels de la santé et/ou les prestataires de santé impliqués dans votre traitement pour confirmer ou clarifier les informations que vous avez fournies concernant votre handicap ou votre maladie.

Dans ce cadre, ils pourront contacter tout professionnel de la santé (y compris votre médecin traitant) et/ou prestataire de santé qui vous a examiné(e), et a diagnostiqué ou traité votre handicap ou votre maladie, en vue de déterminer votre droit à la DSP (pension d'invalidité) ou aux Employment Services (services à l'emploi).

Ils pourront demander aux professionnels de la santé et/ou prestataires de santé impliqués dans votre traitement de divulguer les informations médicales permettant de déterminer si vous avez droit à la DSP (pension d'invalidité) ou aux Employment Services (services à l'emploi). Il s'agit notamment des rapports de médecins et de spécialistes, des notes cliniques, des dossiers médicaux et de toutes autres informations, ainsi que de tout élément éventuel qui vous empêche de participer aux services à l'emploi ou à d'autres programmes d'assistance.

Il est possible que les professionnels de la santé et/ou prestataires de santé impliqués dans votre traitement demandent au Ministère ou aux assesseurs mandatés par le Ministère de leur fournir une preuve de votre consentement à la divulgation de vos informations médicales.

Afin de donner votre accord, vous pouvez remplir la déclaration Consentement à la divulgation d'informations médicales que vous trouverez à la fin de ce formulaire. Si nécessaire, le Ministère montrera ce document aux professionnels de la santé et/ou prestataires de santé impliqués dans votre traitement.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en informant le Ministère de votre décision. Toutefois, si les professionnels de la santé et/ou prestataires de santé impliqués dans votre traitement ne divulguent pas les informations médicales demandées, le Ministère risque de ne pas disposer de suffisamment de données pour déterminer si vous avez droit à la DSP (pension d'invalidité) ou aux Employment Services (services à l'emploi). Cette situation peut donner lieu au rejet de votre demande ou à la cessation du paiement de votre pension.



# Consent to disclose medical information Consentement à la divulgation d'informations médicales

## IMPORTANT INFORMATION INFORMATION IMPORTANTE

### Privacy and your personal information

Your personal information is protected by law, including the *Privacy Act 1988*, and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services. This information is required to process your application or claim.

Your information may be used by the department or given to other parties for the purposes of research, investigation or where you have agreed or it is required or authorised by law.

You can get more information about the way in which the Department of Human Services will manage your personal information, including our privacy policy, at [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy) or by requesting a copy from the department.

### Protection de la vie privée et vos renseignements personnels

Vos renseignements personnels sont protégés par la loi, notamment la *Privacy Act 1988* (loi de 1988 sur la protection de la vie privée), et sont collectés par l'Australian Government Department of Human Services (ministère australien des Services à la personne) à des fins d'évaluation et d'administration des allocations et des services. Ces renseignements sont requis pour le traitement de votre demande.

Vos renseignements pourront être utilisés par le Ministère ou communiqués à d'autres parties à des fins de recherche ou d'enquête, ou lorsque vous y avez consenti ou que cela est requis ou autorisé par la loi.

Vous pouvez obtenir de plus amples informations sur la façon dont le Department of Human Services gère vos renseignements personnels, y compris notre politique de confidentialité, en consultant la page [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy) ou en demandant un exemplaire de ce document au Ministère.

## Consent to disclose medical information

## Consentement à la divulgation d'informations médicales

I (full name)

Je (prénom(s) et nom)

Date of birth

Date de naissance

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/

of (address)

domicilié à (adresse)

Postcode Code postal	

give consent for my treating health professionals and/or health providers to disclose any relevant information about my disability or medical conditions to the Australian Government Department of Human Services (the department), or assessors engaged by the department, if required to assess my eligibility for Disability Support Pension or employment services.

autorise les professionnels de la santé et/ou prestataires de santé impliqués dans mon traitement à divulguer toutes les informations pertinentes sur mon handicap ou ma maladie à l'Australian Government Department of Human Services (le Ministère) ou aux assesseurs mandatés par le Ministère si cela est nécessaire pour déterminer mon droit à la Disability Support Pension (pension d'invalidité) ou aux Employment Services (services à l'emploi).

Your signature

Votre signature

--

Date

Date

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/



CLK0SA472FR 1603